



B5.3. Compromiso del Defensor con el impulso a Seis Causas

3ª causa: Trabajo a favor de los colectivos vulnerables

El Defensor del Pueblo andaluz aboga por un **sistema de acogida y acompañamiento** para colectivos de especial vulnerabilidad que se constituya en un verdadero sistema de protección. Un modelo integral, no solo de emergencia, preparado para prevenir cualquier eventualidad. Un sistema bien planificado que marque un itinerario bien definido hacia la inclusión.

Para el Defensor del Pueblo andaluz este sistema debe dar acogida a un **techo digno y suministros básicos garantizados**. Porque sin techo digno, no hay vida digna, y muchas personas necesitan de unos ingresos mínimos, como el Ingreso Vital y, subsidiariamente, la Renta Mínima.

Este sistema debe dar también una atención adecuada a las personas que necesitan una **especial protección**. Es el caso de personas dependientes o con discapacidad; las personas sin hogar que viven en la calle; y las personas migrantes, entre ellos, los menores extranjeros y los jóvenes ex tutelados. Por último, este sistema debe integrar las políticas de empleo.

1. Personas mayores por derecho propio

1.4. La coordinación sociosanitaria

En nuestra comunidad autónoma la coordinación sociosanitaria a favor de las personas mayores, se encuentra contemplada desde el año 1999 en la [Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Andalucía](#), que dedica un Título específico (Título V de la atención sociosanitaria, artículos 24 a 29) a regular el Sistema Sociosanitario Andaluz dirigido a las personas mayores que por su alto grado de dependencia, especialización en los cuidados e insuficiencia de apoyo sociofamiliar requieran ser atendidas conjuntamente por los recursos sanitarios y sociales.

Define dicha ley el Sistema de Atención Sociosanitario Andaluz como aquel cuya finalidad es la prestación, de forma integral y coordinada, de servicios propios de la atención sanitaria y de los servicios sociales, bien sean de carácter temporal o permanente, configurados como una red de servicios lo más próximos posible al entorno habitual de la persona mayor y de prestaciones interniveles, que da cobertura a necesidades de cuidados de forma integral, interdisciplinar y rehabilitadora.

Sobre esta base sienta sus principios generales, basados en potenciar el mayor grado de autonomía e independencia en el entorno domiciliario, a fin de evitar el ingreso innecesario en instituciones, así como en la coordinación y actuación conjunta entre los servicios sociales y los servicios sanitarios; delimita la configuración de la red sociosanitaria, cuyo Sistema se conforma por los servicios y centros de la Administración de la Junta de Andalucía que se determinen reglamentariamente y los de las Entidades Locales y otras instituciones públicas y privadas con las que ese establezcan los adecuados mecanismos de colaboración; enumera algunas de sus prestaciones (atención domiciliaria, atención en períodos de convalecencia y rehabilitación, cuidados paliativos, atención en estancias diurnas y atención de larga duración); establece una financiación del Sistema con cargo a los presupuestos propios de la Administración de la Junta de Andalucía y de las Entidades Locales y la posible financiación por subvenciones y aportaciones voluntarias de entidades, particulares y cualquier otra forma no especificada; así como contempla la participación de los usuarios en el coste de sus servicios y prestaciones.

En todo caso, la Ley 6/1999 remite a la regulación reglamentaria la definición de las estructuras y dispositivos necesarios para la correcta valoración de los casos, planificación y asignación de medidas, derivación y evaluación de los procesos.



El enfoque interdisciplinar e interniveles de la coordinación sociosanitaria, ínsito en su misma denominación, se refleja en su inclusión tanto dentro de la normativa sanitaria como de la social.

En el primer sentido, la atención sociosanitaria aparece como una de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, cuyo artículo 14 ha sido además recientemente reformado por la Ley 3/2024, de 30 de octubre, para mejorar la calidad de vida de personas con Esclerosis Lateral Amiotrófica y otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible.

En el plano social, la Ley estatal 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (artículo 11.1.c), atribuye a las comunidades autónomas el establecimiento de los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención, del mismo modo que la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía, alude a la coordinación entre los servicios sociales y otros sistemas de protección social en particular con el sistema de salud (artículo 58 LSSA).

La abundancia de referencias legales a la coordinación sociosanitaria, sin embargo, no acaba de tener un reflejo real en Andalucía a través de su desarrollo normativo y de la definitiva implantación del Sistema, por más que se hayan producido iniciativas dirigidas a darle forma dentro de las políticas públicas andaluzas, como las previsiones del I Plan Estratégico Integral para Personas Mayores en Andalucía 2020-2023, comprensivo de medidas sobre el modelo sociosanitario y sobre la coordinación entre los sistemas social y sanitario y, de forma más concreta, a pesar de la aprobación de la I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria 2024-2027, por Acuerdo de 30 de abril de 2024, del Consejo de Gobierno.

Esta I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria 2024-2027 (EACS), cuya formulación data del previo Acuerdo del Consejo de Gobierno de 23 de marzo de 2021, reconoce la existencia de excesiva normativa nacional y andaluza sobre la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios de ámbito estatal y autonómico y, a su vez, el insuficiente desarrollo posterior de la misma.

Efectivamente, la coordinación sociosanitaria afronta la complejidad de confluir en la misma regulaciones territoriales tanto del ámbito estatal como del autonómico y, además, funcionalmente, del sector sanitario y del social, que no han sido objeto de un auténtico desarrollo armónico, coordinado y conjunto que permita cohesionar sus prestaciones y servicios y eliminar el “escalón” entre lo sanitario y lo social, dentro de un sistema nivelado de acceso a los recursos de uno y otro.

Precisamente en relación con esto último, en la Institución del Defensor del Pueblo Andaluz hace años que venimos conociendo el problema que afrontan los hospitales del sistema sanitario público andaluz ante la ocupación de camas sanitarias por razones sociales, que se plantea en los casos de personas convalcientes en situación de alta clínica a las que no se puede cursar por carecer de red familiar y social de apoyo.

Un dilema humano ético de envergadura que, además, tiene un gran coste para el presupuesto público, como la propia EACS reconoce cuando reseña que el coste de las estancias sociales en centros hospitalarios del SSPA es catorce veces superior al coste diario en una plaza residencial.

Uno de estos casos puede consultarse en el subcapítulo de este Informe dedicado al SAAD, cuyo trasfondo es el de la demora en el acceso a plaza residencial de un vecino de la provincia de Sevilla, persona mayor en situación de dependencia por padecer una demencia frontotemporal con reacciones violentas.

La necesidad de atención residencial del afectado y su carencia de familiares que lo asumieran, determinó la prolongación de su estancia en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen Macarena, hasta que la Administración autonómica competente le reconoció e hizo efectivo el derecho de acceso al Servicio de Atención Residencial, centro RM Vitalia Écija (plaza de Trastorno de Conducta), perteneciente a la entidad Vitalia Écija, S.L.

De especial importancia son los casos precisados de atención sanitaria a la convalcencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional que, como dice la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, les facilite, mantenga o devuelva el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible, “con el fin de mantener su máxima autonomía, mejorar la calidad de vida y reintegrarles en su medio habitual”.

La falta de diligencia en la respuesta en estos casos condiciona la posibilidad de retomar el proyecto vital, cuando incumben a personas mayores convalcientes que no desean acabar institucionalizadas, pero cuya falta de recursos para la adecuada convalcencia y recuperación, frustra la expectativa de retornar a su domicilio.



Esto es lo que sucedió en el caso de una vecina de Sevilla, septuagenaria, absolutamente autónoma para las actividades básicas de la vida diaria y dedicada a la atención de su hijo con síndrome de down y 47 años de edad, que sufrió una caída en su domicilio con fractura de hombro, de la que hubo de ser intervenida quirúrgicamente en el Hospital Virgen del Rocío.

El ingreso hospitalario comprendió el de su hijo, con quien acudió al servicio de urgencias, a fin de evitar que quedase en situación de abandono en el domicilio familiar durante la estancia hospitalaria de su madre, dado que carecen de red familiar de apoyo.

Acordada el alta hospitalaria al día siguiente de la operación, para la continuidad de la recuperación en su domicilio, la trabajadora social del Centro sanitario detectó que no era posible la convalecencia domiciliaria con un hijo a su cargo y sin alguna persona que se ocupara asimismo de auxiliar a la propia paciente.

El Personal de la Unidad de Trabajo Social del Hospital gestionó así el acceso a un recurso de estancia temporal conjunto para madre e hijo, hasta la recuperación de la primera, pero ninguna solución pudieron encontrar ni de los Servicios Sociales Comunitarios, ni de la Junta de Andalucía, en el Proyecto de Estancias intermedias y Programa de Respiro Familiar, ni en centros residenciales, dado que todos le fueron denegados por falta de uno u otro requisito de madre o de hijo.

El resultado fue la derivación de la afectada y de su hijo a plaza del concierto de prestación de asistencia sanitaria complementaria a personas usuarias del SAS en mayo de 2024, que no está destinado a cuidados intermedios, pero que refiere la Consejería de Salud y Consumo que se utiliza en casos excepcionales.

La trabajadora social ha objetado reiteradamente que la afectada estaba precisada de rehabilitación para recuperar la capacidad funcional y que, a pesar de ello, había sido derivada a un Centro sanitario en el que no tenía opciones de recuperación funcional, dado que no cuenta con servicio de rehabilitación.

Efectivamente, compartiendo este planteamiento, el Defensor del Pueblo Andaluz dirigió una resolución a la Consejería de Salud y Consumo y a la de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad ([queja 24/4373](#)), sin que concluido el año 2024 se haya dado solución a una mujer mayor que no desea abandonar su forma de vida previa, ni perder su entorno y domicilio y que aspira a retornar al mismo en las condiciones físicas precisas, para poder recuperar su vida, el cuidado de su hijo y la rutina de éste en el Centro de Día al que acude.

Como último recurso, hemos insistido solicitando al Hospital Virgen del Rocío la valoración de los beneficios que, a pesar del tiempo transcurrido, pudieran permitir a la interesada recuperar su capacidad funcional mediante tratamiento rehabilitador. Este es el resultado que aguardamos conocer para adoptar las decisiones de conclusión oportunas que, en todo caso, son adversas en cuanto a los instrumentos actuales de la coordinación sociosanitaria, en virtud de lo expuesto.

En resumen, las necesidades a amparar por esta vía son diversas, todas precisadas del abordaje al que alude la I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria 2024-2027, aunque la misma advierta ya de antemano que las que analiza son meras previsiones no garantizadas, en virtud de los riesgos derivados de la incertidumbre del escenario fiscal y económico y de una implantación sujeta a condicionantes de financiación, con supeditación al artículo 3.1 de la LO 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera y a la dotación en las correspondientes leyes autonómicas de presupuestos anuales.

Al margen de los límites presupuestarios aludidos, la EACS no se ha desarrollado normativamente (ni legal ni reglamentariamente), más allá de la puesta en marcha del limitado programa piloto.

Debemos concluir que junto a dicho desarrollo normativo consideramos que procede revisar la regulación de la coordinación sociosanitaria recogida en la Ley 6/1999, a fin de su actualización y adaptación a la Ley 39/2006 reguladora del SAAD y normativa concordante.